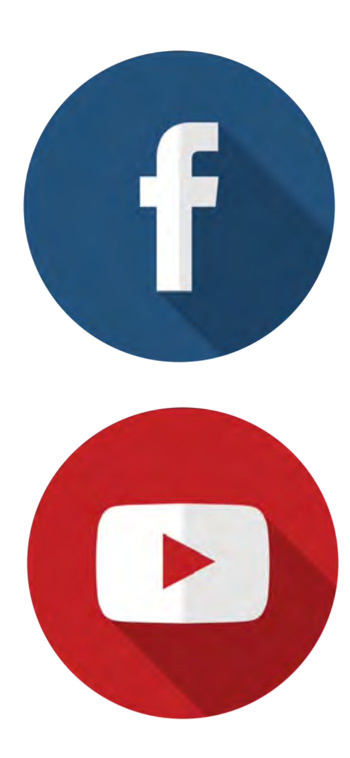
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful







Infertilité masculine :

I. Définition :

- Absence de grossesse après un an de rapports sexuels réguliers sans contraception.
- Infertilité mixte +++
- Infertilité masculine < féminine.

II. Rappel physiologique :

A. FONCTION EXOCRINE(spermatogenèse) :

- Spermatogonie
- Spermatocyte
- Spermatide
- Spermatozoïde

FSH

TESTO intratesticulaire

B. FONCTION ENDOCRINE :

➢ Cellule de SERTOLI :

- Siège : **tube séminifère**
- Secrète L'**inhibine**
- Rétrocontrôle négatif sur la **FSH**

➢ Cellule de LEYDIG :

- Siège : **tissu interstitiel**
- Secrète la **TESTOSTERONE** +ou- **œstradiol** (S/ **contrôle LH**)
- Exerce une action sur la cellule de SERTOLI

III. Démarche diagnostique :

A. Interrogatoire :

- Qualité, fréquence et moment des rapports
- Statut de la partenaire
- ATCD médicaux : ATCD d'infections urogénitales
- ATCD chirurgicaux : Torsion T, ectopie, cancer
- Tabac, Alcool, Cannabis, Produits dopants
- Agents toxiques : Chaleur, Produits chimiques.

B. Examen clinique :

➢ **Signes d'hypoandrisme :**

- Gynécomastie, diminution de la pilosité, asthénie, baisse de la libido, répartition gynoïde des graisses…

➢ **Palpation du scrotum :**

- Etat des testicules : siège, volume, consistance
- Etat des épididymes : volume, rechercher un empâtement, un nodule
- Etat des cordons : palper le déférent, rechercher une varicocèle
- Toucher Rectal : état de la prostate et des vésicules séminales.

C. Spermogramme :

1) Conditions de réalisation :

- Après 3–5 jours d'abstinence ;
- Au laboratoire ;

- 30 min après éjaculation.

2) Interprétation :

- Si les valeurs sont **normales**, **un seul spermogramme est suffisant**.
- En cas **d'anomalie au premier** spermogramme :
  - Contrôler les conditions de réalisation de l'examen
  - Réaliser un deuxième spermogramme à au moins un mois d'intervalle (idéalement à plus de **3 mois**).

a) Normes :

Volume éjaculé	**1,5–6 mL**
Numération par mL	**> 15 millions**
Numération par éjaculat	**> 39 millions**
Mobilité totale (progressive + non progressive)	**> 40 %**
Mobilité progressive	**> 32 %**
Vitalité	**> 58 %**
Pourcentage de formes normales (classification de Kruger)	**> 4 %**
Leucocytes	**< 1 million**

b) Anomalies :

- Diminution du volume éjaculé → **hypospermie** ;
- Diminution du nombre de spermatozoïde → **oligospermie** ;
- Absence de spermatozoïdes1 → **azoospermie** ;
- Diminution de la mobilité → **asthénospermie** ;
- Diminution du pourcentage de spermatozoïdes vivants → **nécrospermie** ;
- Altération de la morphologie → **tératospermie**.

D. Test post coïtal de HUHNER :

- Examen **microscopique du mucus cervical** réalisé juste **avant la date** prévue de l'**ovulation**, quelques heures **après un rapport sexuel**.
- Identifier la présence **de spermatozoïdes mobiles** dans la glaire cervicale.
- Ce test peut aider à identifier un facteur féminin (anomalie du pH et/ou de la qualité de la glaire), ou sexuel (rapport, érection, éjaculation).

E. Echographie :

- Scrotale
- Transrectale :
  - Suspicion d'une cause excrétoire.
  - Diminution du volume d'éjaculation.

F. Spermoculture :

- Douleur à l'éjaculation
- hyperspermie
- Antécédent de prostatite

G. Bilan Hormonal :

- Aucun intérêt si spermogramme normal
- La **FSH** est le marqueur de la **spermatogenèse**

- **La testostérone complétée par la LH** si ATCD **d'orchite ou de cryptorchidie**
- La Prolactine : perte de la libido, galactorrhée, gynécomastie.

H. Biochimie du plasma séminal :

COMPOSANT	VALEUR NLE/ EJACULAT	ORIENTATION ETIOLOGIQUE
FRUCTOSE	>20 MICROMOLES	SI AGENESIE DES V.S
CARNITINE	>654 NANOMOLES	SI OBSTACLE EPIDIDYMAIRE
ALPHA 1-4GLUCOSIDASE	>59 mU	SI OSTACLE EPIDIDYMAIRE

I. Autres :

- **ANTICORPS ANTISPERMATOZOIDES.**
- **CARYOTYPE :**
  - AVANT toute P.M.A
  - **OLIGOSPERMIE SEVERE** OU **AZOOSPERMIE**

IV. Etiologies :

A. CAUSES OBSTRUCTIVES :

- ANOMALIES CONGENITALES : AGENESIE VESICULO-DEFERENTIELLE ++
- OBSTRUCTION POST-INFECTIEUSE : DUES AUX MST, LA TBC ...
- OBSTRUCTION IATROGENE : CHIRURGIE DE La HERNIE INGUINALE

B. TROUBLES DE LA SPERMATOGENESE :

- INSUFFISANCE GONADOTROPE :
  - HYPOGONADISME HYPOGONADOTROPHIQUE
  - INSUFFISANCE HYPOTHALAMIQUE OU HYPOPHYSAIRE
- LES ANOMALIES CHROMOSOMIQUES : SYNDROME DE KLINEFELTER(XXY) → **AZOOSPERMIE SECRETOIRE**.
- CRYPTORCHIDIE : REPRESENTE 20 % DES AZOOSPERMIES SECRETOIRES
- VARICOCELE :
  - LESION D'ORIGINE VASCULAIRE (STASE, OBSTRUCTION)
  - REFLUX DES METABOLITES RENAUX ET SURRENAUX
  - ELEVATION DE LA TEMPERATURE SCROTALE
- L'INFECTION : ORCHITE OURLIENNE
- RADIOTHERAPIE OU CHIMIOTHERAPIE
- L'ENVIRONNEMENT : CHALEUR, PESTICIDES

C. TROUBLES DE L'EJACULATION « FAUSSES STERILITES » :

- ANEJACULATION : PSYCHOGENE OU ORGANIQUE
- EJACULATION RETROGRADE
- DYSFONCTION ERECTILE

V. Traitement :

A. Mesures générales :

- Augmentation raisonnable de la fréquence des rapports sexuels [deux à trois par semaine],
- Meilleure hygiène de vie,
- Réduction pondérale,
- Pratique d'activités sportives,
- Arrêt des consommations de toxiques et de Tabac.

B. Traitement médical :

1. *Hormonothérapie :*

- Hypogonadisme hypogonadotrope : gonadotrophines.
- Hyperprolactinémie : BROMOCRIPTINE.
- TRT empiriques : androgènes, antioestrogènes, (**résultats décevants**).

2. *Antibiothérapie* : infections spermatiques.

3. *TRT immunologique :* corticothérapie.

C. Traitement chirurgical :

1. *Chirurgie réparatrice canalaire :*

- Anastomose épididymo-déférentielle
- Vasovasostomie.

2. *Chirurgie de la varicocèle :*

- Ligature de la veine spermatique par voie iliaque rétropéritonéale « CHIR classique ».
- Embolisation de la veine spermatique.

D. Assistance médicale à la procréation : « ECHEC DES AUTRES TRT »

- Insémination intraconjugale (IAC) avec sperme préparé.
- Fécondation in vitro (FIV)
- Injection intra cytoplasmique (ICSI) → ECHEC FIV.